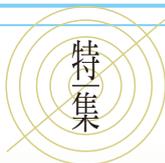


Vascular Street



城南区 Life Style Care Forum 「地域医療のこれから」

場所：KKR ホテル博多



福岡大学 医学部 心臓・血管内科学
教授 朔 啓二郎 先生



産業医科大学 医学部 公衆衛生学
教授 松田 晋哉 先生



医療法人弘医会福岡鳥飼病院
院長 那須 康典 先生



山下循環器内科医院
院長 山下 良直 先生



かわもと胃腸科内科クリニック
院長 川元 健二 先生

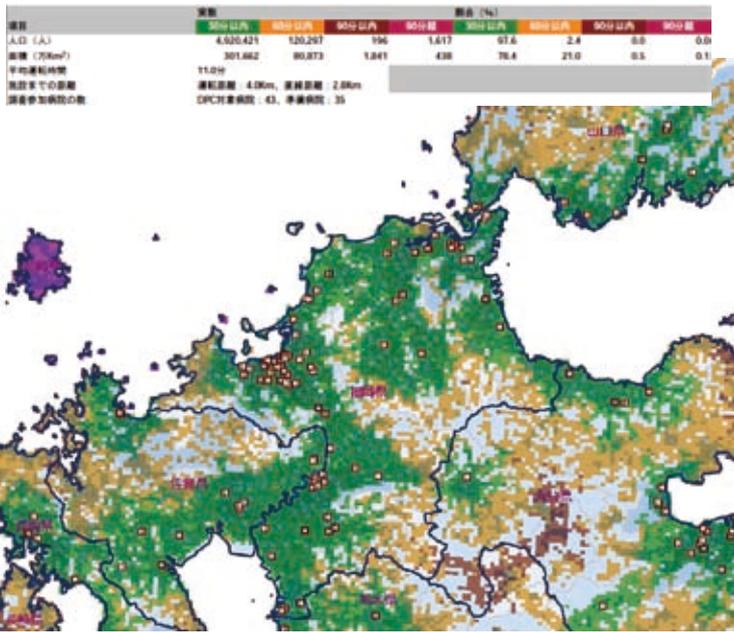
はじめに

産業医科大学公衆衛生学の松田晋哉教授をお招きし、「地域医療のこれから」というタイトルで講演していただいた。松田先生は、1985年に産業医科大学医学部をご卒業、その後フランスへ留学され、フランス国立公衆衛生学科をご卒業。93年に京都大学で博士号を取得され、93年に産業医科大学医学部公衆衛生学講師、助教授そして99年3月より教授に就任されている。

松田 私は今 DPC という仕事をしていますので、地域で公開されている利用可能データを使って、地域医療をどのように評価できるかをお話したいと思います。DPC というのは急性期ですが、DPC の病院に何分以内に地域の住民がアクセスできるかを分析しました。福岡県の場合ですと、緑のところは30分以内に受診できる人たちが住んでいます(図1)。黄色のところは、大体60分以内、濃い赤が90分以内、紫になると90分以上ですけれども、福岡県はほとんどの方が、30分以内に急性期病院に受診できます。一方、岩手県になり

ますと、例えばも膜下出血ですと30分以内に病院にかかれる地域に住んでいる人は30%しかいません。アクセスの悪さが、地域によってかなり大きな問題になっています。かつては、大学の医局がある程度地域に対して貢献していました。勿論、私も医局にいて医局の問題点も知っていますが、ガバナンスをやる組織を作らずに医局が果たす役割を壊してしまったために、このように医師の偏在が起こってしまった。これは非常に大きな問題であることをご指摘させていただきます。

DPC対象病院へのアクセスに関するGIS分析結果



資料: 石川光一

図1

かなり詳細に分析できるようになりました。

今日、お示しするデータというのは、基本的には厚生労働省が公開しているデータに基づいて分析したデータです。福岡糸島医療圏の診療実績(MDC別全症例) (図2)を示します。01というのが神経で、02が眼科、03が耳鼻咽喉科、04が呼吸器、05というのが循環器になります。それぞれの病院がどういう領域の病気を得意にしているかわかります。

福岡糸島医療圏で見ますと、九州大学病院が1番で、半年で9000件の退院患者。2番目が九州医療センターで、大体7100件。3番目が福岡大学で、大体6500件の退院があります。4番目が福岡赤十字で、その次が福岡済生会総合病院、こういうところが福岡県の主要な病院と思います。博愛会病院が1番上にありますが、こは水色がすごく多く、09ということで乳腺です。原三

福岡糸島医療圏の診療実績を少し分析したいと思います。このデータを使うことによって地域医療の実際を

分析したいと思います。博愛会病院が1番上にありますが、こは水色がすごく多く、09ということで乳腺です。原三

福岡糸島医療圏の診療実績 (MDC 別全症例)

退院患者数

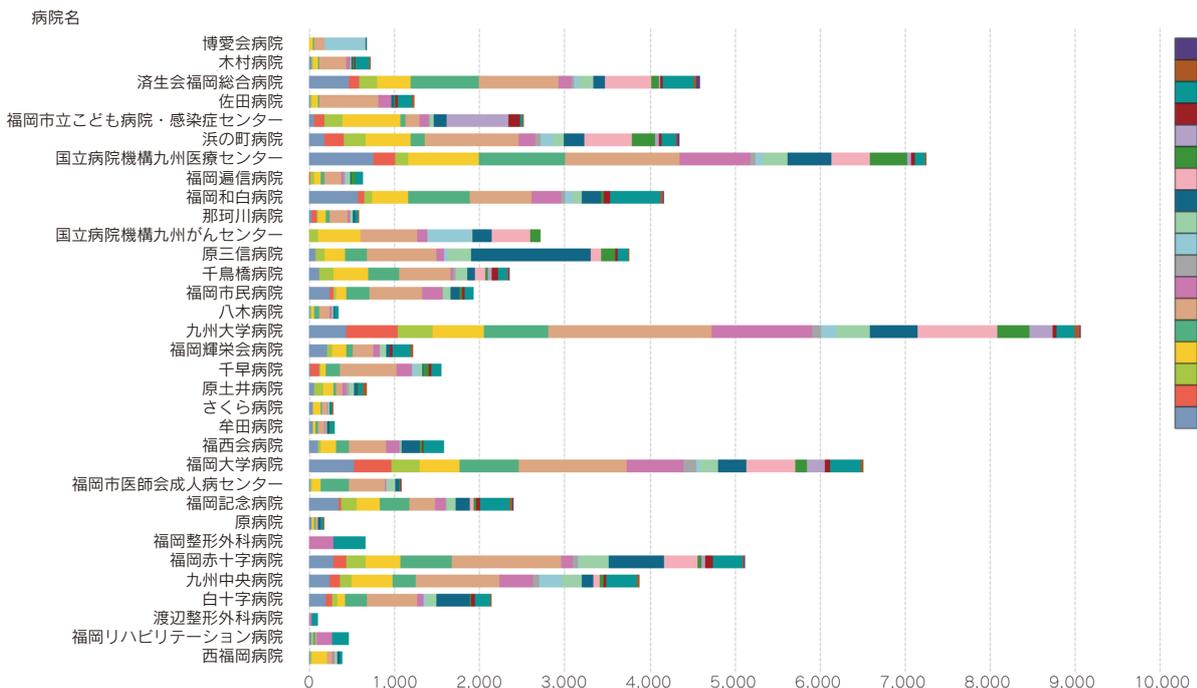


図2

信病院を見ますと、濃い T11 の腎臓が多いことが分かります。つまり地域の病院がどういう診療領域で特徴があるのかわかります。表には示しませんが、悪性腫瘍になりますとずいぶん病院が減ってきて、難しい癌は、やはり九州大学病院、福岡大学病院、浜の町にがんセンターがやっている。手術になりますと大きいところでは九州大学病院、福岡大学病院、医療センター、がんセンター、この4つの病院が主要です。

DPC はいろいろな問題点がありますが、全国で1670 病院がこの DPC に参加しています。1670 病院は、病床数でいうと47万床になります。全国をほぼカバーしていますので、急性期にどういう医療が行われているか、かなり細かいレベルで DPC で公開されます。そうすると、透明化された情報に基づいて、地域でどのように医療を取り組んでいくかが問題になります。これから慢性疾患が増える、高齢者が増えるということを考える

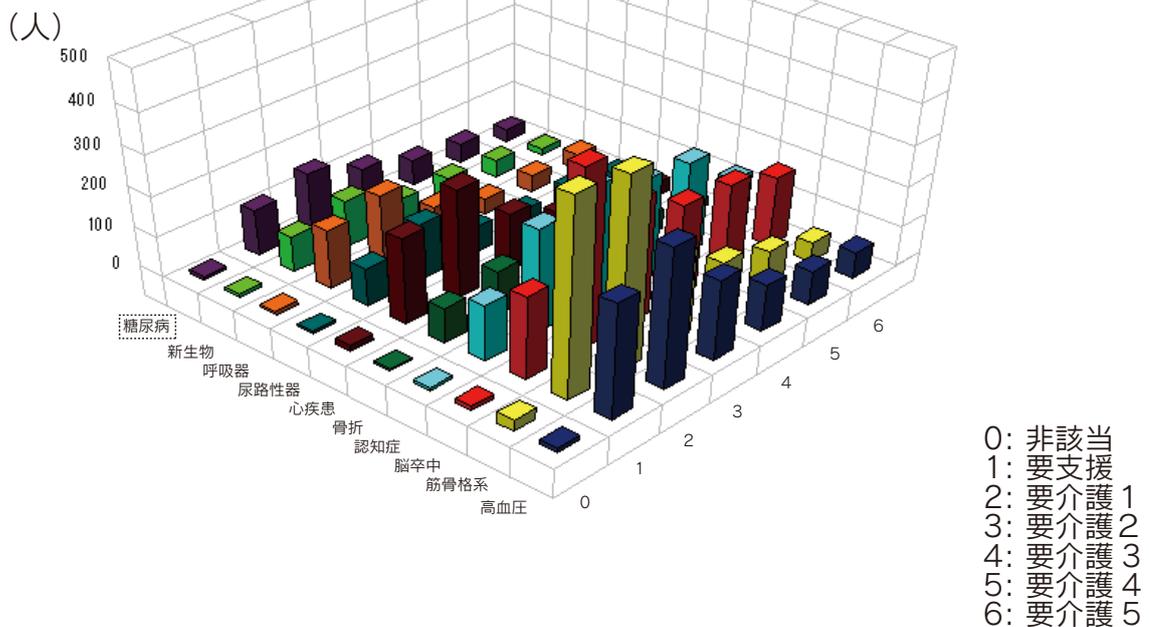
と基盤となるプライマリケア体制をどのように構築していくかです。

例えばこれは、平成18年に福岡県の医師会の協力を得まして、主治医検証データを分析しました(図3)。介護保険が入ってきた時には、いわゆる認知症、筋骨格系、血管障害というのが3大疾病ということで、これをベースにしているいろいろな介護保険に関する議論がされました。これが8年経ったデータを分析しますと、在宅で介護保険を使っている方の疾患が多様になってきます。古典的な3大疾患と同様に、心疾患や呼吸器疾患、糖尿病といった内科的疾患で介護を受ける方たちが増えている。要するに、医療ニーズが高い人たちが在宅で介護を受けている。そうしますと、こういう方たちのプライマリケア、かかりつけ医の機能というのが非常に重要になってきています。

傷病別要介護度別人数

全体

男・後期



(平成 18 年福岡県データ)

図3

あと15年もすると、年間160万人が死亡する時代がやってきます。今、日本人は80%が病院で亡くなっています。年間160万人が死ぬ時代がきたときに、これを賄うだけの施設はありません。多くの住民は在宅で看護せざるを得ない状況になります。そうすると、現在、病院で行われている医療を在宅で行う体制をいかに作るか、これからの課題になってきます。一人でやられている診療所を関連病院がいかに支えていくか、地域で仕組みを作っていないと、これから増えてくる在宅の高齢者は支えきれないだろうと思います。

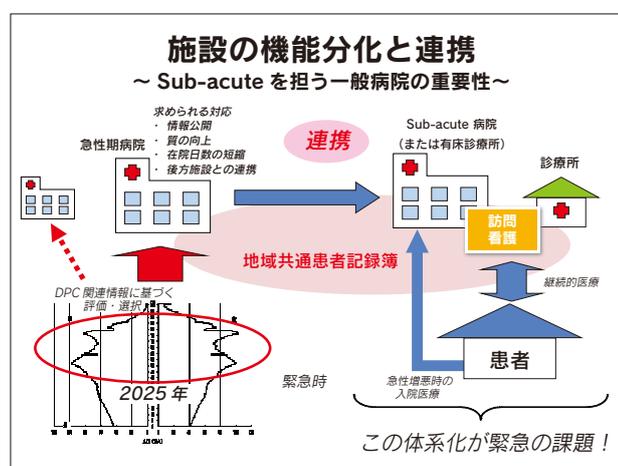


図4

DPC のデータの公開のみならず色々なマスメディアが急性期病院に関する情報を公開しています。情報に基づいて、高齢者、住民が病院を選んでいくでしょう。この流れは止められないだろうと思います。団塊世代の方たちは、インターネットが使えます。自分の希望する病院を選んでくる。そうしますと、こういう患者さんを汲み上げてくれる後方病院がどうしても必要になります。例えば、福岡大学病院の急性期病院としての機能を維持するのであれば、福岡大学病院の後方病院として機能してくれる病院が組織されてないと難しいと思います。

特に高齢者の患者さんですが、要介護で4、5という患者さんですが、時々肺炎を起こしてしまいます。そうしますと、在宅で医療提供できるような急性期病院が一般病院の中でできてこなければいけない。多分、在宅医療支援診療所も機能する。常にこういう病院をいかに作っていくかというのが、これから地域医療を考える上

で非常に重要になります。

ただ、残念なことに、地域共通カルテを作ろうと思っても、すでに電子カルテが入っていて、しかもその電子カルテのフォーマットがバラバラであるために共有出来ません。それをつなぐ作業を改めてやろうとすると大変なお金がかかります。できれば、カナダでやっているように地域全体をカバーする仕組み、あるいは医師会が主体となって地域共通カルテを作る仕組みが望ましいのではないかと思います。それがなければ、プライマリケアを作ることは出来ないだろうと考えます。

狭心症の DPC データですけども、DPC で狭心症の治療を受けた患者さんを調べてみました。男性も女性も狭心症で病院に入院した24%、4分の1は糖尿病があります。糖尿病の方は年齢が若いので、医療費も多くかかります。このように、どこの地域でどういう患者さんがどのくらい発生するのか、どこの病院とどこの病院が連携しているのかといった様々なことが分かるので、地域共通のシステムを作ることが重要です。

那須 うちの病院は、大学病院とか救急病院から後方を受け持っています。一応、ある程度落ち着いた人たちが家に帰るかどうか、あとは介護施設に行くか、そういうところで問題になります。ある程度元気になって、家で大丈夫かなと思っても、家族の人たちが看ることが出来ないということも多々あるので、これが1番の問題だと思います。先生からお話があったような、各診療所の連携がもっと緊密にできれば良いのではないかと思います。そういう点はいかがでしょうか。

松田 国が在宅医療支援診療所をやっているわけですけども、今の日本はどちらかというと、一人の先生が一人診療所をやっているというパターンが多いため、24時間365日はきついなと思います。やはり、かなり無理されている部分がある。ワークライフバランスを重視される若い先生方が増えてきていますので、今のままでは難しいのではないかと思います。やはり先生の病院のように、きちんと後立てになって、24時間の対応ができるような、診療所と病院のネットワークを各地域単位で作っていかねばいけない。おそらく、その範囲は中学校区よりも少し広いだろうと思います。

酒井 城南区で循環器をやっております。一応、在宅支援診療所の届出は保険点数が高いことで届出していますが、現実にはなかなか対応できていない。だから、データ上はこれだけ届出しているけど、その辺の誤差があると思います。外国の診療所は4人ぐらいでやっていますので、日本もそのぐらいでやるつもりでいくのか、そのかわり医師の収入は完全に減る。だから、その天秤になるのではないかという気がします。

松田 去年の冬にケベックに見に行ってきたのですが、ケベックの場合、全部つながることによってそれぞれの診療所の先生がみなければいけない患者さんの数は、決して減っていません。それが収入減になったということはない。むしろ、各診療所の先生がバカンスも取れるようになったし、休日も休めるようになり、かなりワークライフバランスが良くなってきています。もう一つは、かなり女医さんを活用しています。この9月にそういう仕組みを見に行ってきましたが、どこまでが自分の患者さんで、どこまでが自分の患者ではないのか、女性医師の場合、割り切りが上手くできるということです。女性医師で在宅医療のような形をパートタイムで勤務して、あたかも一つのクリニックが複数の医師で動いているスタイルです。

山下 我々開業医が今後の医療に対してどうあるべきかということになると、私も最初開業したころ介護保険などが導入されて、積極的にかかわってきたつもりですが、だんだん歳を重ねると体力的にも無理があるし、患者さん自身が「入院施設のあるところ」になってきます。何かあったときに、元気で通院ができれば近くの医療機関で良いわけですが、将来不安というか、ちょっと体調を崩したりすると入院できる施設に行く、開業医のところから外れていく面と私自身の体力的な理由で、開業当初から比べると、外来も診療時間内にみるのが精一杯になります。それで、今後、急患をどのようにそのネットワークに入れるかなという思いはあります。それと、松田先生も指摘されましたように、この介護制度はいわゆる行政主導でやって我々がそれに乗っかっているかたちです。我々医師がやる気になるようなシステムではないです。

松田 全国レベル、都道府県レベルでの議論の仕方

がずれてきてしまっている、47都道府県でやっても無理だろうと思います。他の都道府県に比べると福岡県はとても進んでいると私は思います。それは、福岡県にはメディカルセンターがありまして、メディカルセンターに行って、かなりの情報がとれるようになっています。あとは先生方のレセプトのデータに基づいて地域医療の現場がどうなっているか、福岡のメディカルセンターで分析をする。すでに始まっている事業ですけども、それに対して全県的に医師会に取り組んでもらって、さらに地区医師会レベルの分析を行って、それぞれの地区での問題を探っていく。そんな時期に来ているのではないかと思います。何が一番問題かということ、医療の実態がきちんと国民に伝わっていないことにあります。例えば、ある手術ですと1週間入院しても40万円弱で受けられるけど、同じ医療をシンガポールで受けられれば、220万円ぐらいかかるわけです。シンガポールに比べて、日本はすごく安い医療である、そういうことを国民が理解していません。社会保障財政の大きな枠組みが決められていて、介護保険を削れるかということ、介護も削りにくいだろうと思います。それに対抗するために、いわゆるプライマリーケアの部分の情報化も急がなければいけない。多分、診療所で内視鏡検査までやってくれる国は世界中探してもありませんから、それができるのが日本の凄いところで、そこをきちんと国民に理解してもらわないといけないと思います。

フロアより 内科の開業医ですけども、ある老人が「今はまだやって来れるけども、来れなくなると先生、定期的に診に来てください」と言うわけです。ということは、在宅支援診療所という制度を作ったが、我々が行っても往診として認めてくれない。患者さんは今までかかっていた病院に診てもらいたい。在宅支援事業所があるということを説明し紹介したとき、急変時に診てくれません。その先生が来てくれないので私が救急で行っても往診として認めてもらえない。患者さんも理解してくれないし、我々も在宅支援診療所と分けてしまわなくてもいいのではないか、という気もするのですけど。

松田 私も、その通りだと思います。地域全体としてどういう風にやっていくかということをやったり考えた方が良いと思います。先生がおっしゃられたみたいいろいろ矛盾点が出来てしまうので、やはりその実態に



合わせたものに作り変えた方が良いのではと思います。先生方からそういう提案をいただけたら良いのではないかと思います。ただ、やはりスーパースターがいなければ持たないような仕組みは無理だと思います。

川元 城南区で開業しております。

私は勤務医のころから国の政策で医療の電子化というのが始まって、確か平成8年ぐらいだったと思います。患者情報の共有化ということに関しましても、医療の電子化は非常に大切で、平成13年には診療所の60%から70%は電子化にすることでした。今、現実には、ほとんど電子カルテの普及が追いつかない状態ですが、患者さんは一人で大きな病院と診療所との間を歩き来するわけです。無駄な検査が行われてしまったり、不要な治療が行われてしまうこともあり得ます。ですから、情報の共有化というのは、とても大事なことだと思っています。国が目標を立てても全体が進まないというのは、厚生労働省の立場からどのように考えているのか、そのあたりを知りたいと思いますが、いかがでしょうか。

松田 残念なことにこれは国も悪いですし、それから私たち研究者も悪いかと考えています。

電子化にするときに最初にやらなければいけないことは二つあるわけです。一つは、情報の標準化。共有するときも情報の守秘をどのようにするかというルールを作らなければならない。このルールをきちんとしていない状態で電子化を急がせてしまったために何起こってしまったかという、一つはそれぞれの医療機関がバラバラに電子化をやってしまったので、共有化出来ないわけです。

しかも、それぞれの医療施設がそれをメンテナンスしながら、ということになるわけですが、それに対応する時に巨額な投資が必要になるわけです。これは、国の政策の誤りだと思います。

もう一つはやはり情報処理に関するきちんとした取り決め、ルールを作るべきだと思います。それをやらないままに今のモデル事業をやってしまった。本来、電子化すれば色々なものが安くなるはずなのに、電子化したほうが高くなってしまっているというのは、ちょっとおかしいのではないかと考えています。他の国では、電子化にかかる費用の70%は国が持っています。電子化したときいちばん得をするのは、支払い者です。そうすると、その部分の投資体質は政府が持ちました。もう一度立ち返って情報の標準化をやらなければいけない時期に来ていると思います。

朔 先生が言われた後方病院ですけども、そこにドクターを派遣するとそこでいろいろな人事考課があつて、カテゴリーを何例入れないといけないような、競合する状態が作られて、大学病院と小さな病院の連携が良くない気がします。大学が中心となって地域をデザインしていくということができれば良いのですが、この競争的な社会はどのように落ち着くのか、先生のご意見がございましたら伺いたいと思います。

松田 日本福祉大学の二木立先生がいみじくも本に書いているわけですが、医療者の意識改革、自己変革をしなければいけない時期に来ていると思います。私自身もそうですし、皆さんそうだと思いますけども、急性期医療中心になってきているわけです。多分、頭の中のどこかに急性期医療があるのですが、やはり、慢性疾患が増えてしまって、高齢者が増えたという状況は、特殊です。おそらく、慢性疾患を持った人達を継続的に見ていく社会的な重要性とか、医学的な重要性の教育からやらないといけない。その意識改革ができるかどうかということは、極めて我々の問題ですので、そこが変わることができるかどうかということがポイントだろうと思います。

Prof. Saku's Commentary

今日は医療における社会変革の必要性を松田教授からお話いただいた。

「地域医療のこれから」は、データの分析や共有化を念頭に再構築するべきものであることが理解できた。